UFFICIO LOCALE	NUMERO DI TELEFONO
NUMERO DI IDENTICAZIONE CLIENTE ACES	DATA

DICHIARAZIONE DEL LOCATORE/ AMMINISTRATORE

STATEMENT FROM LANDLORD/MANAGER

PROPRIETARIO O AMMINISTRATORE AUTORIZZATO: Completate tutte le sezioni sottostanti solo con le informazioni che sapete essere vere. Scrivete "non so" in corrispondenza delle domande cui non sapete rispondere. (Non lasciate vuota nessuna casella.)

Il Department of Social and Health Services deve determinare l'ammissibilità di questo cliente. Vi preghiamo di fornire le informazioni sotto richieste.

FIRMA DELLO SPECIALISTA DEL SERVIZIO FINANZIARIO

A. Informazioni sulla casa o unità affittata e sul locatario:

1. VIA NUMERO APPARTAMENTO

CITTÀ STATO CODICE POSTALE

2. NOME DEL LOCATARIO

3. DATA DELL'INGRESSO

4. TIPO DI RESIDENZA

☐ Casa ☐ Bifamiliare

☐ Appartamento ☐ Altro

5. NOMI DI TUTTI GLI ADULTI E BAMBINI CHE VIVONO A TALE INDIRIZZO

Allegare più pagine se necessario.

B. Informazioni sull'affitto:

6. NOME DELLA PERSONA CHE PAGA L'AFFITTO	7. ATTUALE IMPORTO DELL'AFFITTO	8. DATA A CUI RISALE QUESTO IMPORTO	9. IL PAGAMENTO AVVIENE CON ASSEGNO?
	$		☐ Sì ☐ No

10. RISPONDETE A QUESTE DOMANDE SELEZIONANDO LA CASELLA — SE AVETE TISPOSTO SÌ, VI PREGHIAMO DI RISPONDERE ALLE DOMANDE SEGUENTI:

	SÌ	NO	
Il locatario paga solo parte dell'affitto?	☐	☐	Quanto: $
Si tratta di edilizia abitativa sovvenzionata?	☐	☐	Quale agenzia: Quanto: $
Qualcun altro paga parte o tutto l'affitto?	☐	☐	Chi: Quanto: $
Il locatario lavora per pagare parte dell'affitto?	☐	☐	Quanto: $

C. Informazioni sui servizi pubblici: Contrassegnate la casella appropriata.

11. La fonte principale di riscaldamento dell'abitazione è:

☐ Elettricità ☐ Legno

☐ Gas ☐ Altro (specificare):

☐ Propano

	SÌ	NO
12. C'è un contatore separato per il gas e l'elettricità?	☐	☐
13. Il locatario paga l'aria condizionata?	☐	☐

14. I servizi sono compresi nell'affitto? ☐ Sì ☐ No

Se NO, indicate cosa paga il locatario:

☐ Elettricità ☐ Acqua/fognatura

☐ Gas ☐ Telefono

☐ Propano ☐ Rifiuti

☐ Legno

☐ Altro (specificare):

15. NOME DEL LOCATORE/AMMINISTRATORE	**Nome del proprietario (Se diverso dal locatore/amministratore)**
INDIRIZZO POSTALE O CASELLA POSTALE	NOME DEL PROPRIETARIO
CITTÀ STATO CODICE POSTALE	INDIRIZZO POSTALE O CASELLA POSTALE
NUMERO DI TELEFONO DI UFFICIO NUMERO DI TELEFONO DI CASA	CITTÀ STATO CODICE POSTALE
FIRMA DEL LOCATORE/AMINISTRATORE DATA	NUMERO DI TELEFONO DI UFFICIO NUMERO DI TELEFONO DI CASA

DSHS 14-224 IT (REV. 01/2000)

FSS: COMPLETE THE BACK OF THIS FORM

RISERVATO ALLO SPECIALISTA DEL SERVIZIO FINANZIARIO:

TO BE COMPLETED BY FINANCIAL SERVICES SPECIALIST:

	YES	NO	N/A
Is this form completely filled out, signed, and dated by the landlord?	☐	☐	
If no, did you take any other action?	☐	☐	
Are you able to determine shelter and utility expenses?	☐	☐	
If no, did you request additional verification from the client?	☐	☐	
Is only one household living at this address?	☐	☐	
If no, did you request verification of household composition and other information?	☐	☐	
Did the landlord provide information that is consistent with the client's statement?	☐	☐	
If no, did you review the case record to determine any missing information?	☐	☐	
If the landlord is living at this address, did you request a shared living arrangement form?	☐	☐	☐